

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N^o 282

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Félicien BENOIT

Né à Paris, le 3 avril 1895.

A PROPOS DU CURETTAGE

DANS LES

SUITES DE COUCHES

SON EMPLOI COMME MOYEN PROPHYLACTIQUE
DE L'INFECTION PUERPÉRALE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

282

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Félicien BENOIT

Né à Paris, le 3 avril 1895.

A PROPOS DU CURETTAGE

DANS LES

SUITES DE COUCHES

SON EMPLOI COMME MOYEN PROPHYLACTIQUE
DE L'INFECTION PUERPÉRALE



Président : M. COUVELAIRE, *Professeur.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1921

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	BESANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale.	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.

Agrévés en exercice

MM.	DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LE LORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR ÉDOUARD BENOIT

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR OVIDE BENOIT

Ex-préparateur à la Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Il adorait sa profession et sut me la faire
aimer en me dirigeant au début de mes
études. Durant sa vie entière, il se consacra
entièrement à ses malades. Son courage,
son énergie, sa bonté, son dévouement en
ont fait un médecin aimé de tous ceux qui
l'ont connu. Puisse cet exemple être tou-
jours présent à ma mémoire et me guider
dans la carrière médicale.*

A MA GRAND-MÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma plus tendre affection.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A LA MÉMOIRE DE MON PREMIER MAÎTRE

Le Docteur LAUNOIS

Médecin des hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur.

En témoignage des bons conseils et de l'enseignement qu'il me prodigua, du bienveillant accueil et de la bonne amitié qu'il ne cessa de me témoigner.

A Monsieur le Docteur TUFFIER

Chirurgien des hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur ROUX-BERGER

Chirurgien des hôpitaux de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Témoignage de vive gratitude.

A Monsieur le Docteur BROCC

Médecin des hôpitaux de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur.

Qu'il me soit permis de le remercier de sa constante bienveillance à mon égard et du vif intérêt qu'il m'a toujours témoigné.

A Monsieur le Docteur BOUFFE DE SAINT-BLAISE

**Accoucheur des hôpitaux de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur.**

*Je suis heureux de lui adresser mes plus vifs
remerciements pour l'estime et la con-
fiance dont il m'honore, pour l'amitié qu'il
me témoigne et pour l'accueil si aimable
qu'il me réserve dans son service. Hom-
mage de vive gratitude et de respectueuse
affection.*

A MES MAITRES PENDANT LA GUERRE

A Monsieur le Docteur LUYSS

Ancien Interne des hôpitaux de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,
Ex-médecin chef du Centre d'Urologie de la 7^e Région.

A Monsieur le Docteur SENCERT

Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Ex-médecin-chef de l'auto-chir. 9.

A Monsieur le Docteur LAGOUTTE

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Creusot,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Ex-médecin-chef de l'auto-chir. 9.

A Monsieur le Docteur ANDRÉ

Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Ex-médecin-chef de l'auto-chir. 9.

A Monsieur le Docteur GUILLEMOT

Médecin des hôpitaux de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Ex-médecin-chef du laboratoire de l'auto-chir. 9.

Qu'il me soit permis de les remercier des excellents conseils qu'ils n'ont cessé de me prodiguer et de la confiance dont ils m'honorèrent. En souvenir de l'amitié et de l'accueil si cordial qu'ils m'ont toujours témoignés.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Accoucheur des hôpitaux,
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Hommage de respectueuse reconnaissance
pour l'honneur qu'il me fait en acceptant
la présidence de cette thèse.*

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention de faire dans cette thèse une revue générale des travaux parus sur le curettage quoiqu'une pareille étude soit justifiée par le nombre et l'intérêt des publications se rapportant à ce sujet. Nous ne voulons faire ici que quelques remarques sur le curettage post partum et sur les indications qu'il comporte. Nous avons fait cette étude dans le service de notre excellent maître, M. le Docteur Bouffe de Saint-Blaise; c'est sous son inspiration et avec ses conseils que nous avons tenté ce travail.

Nous exposerons tout d'abord les principales conclusions que l'on peut déduire de la lecture des traités d'obstétrique et l'opinion des différents auteurs sur ce sujet. Puis après avoir indiqué le but du curettage, les avantages que l'on en recueille et les inconvénients qu'il peut occasionner, nous tenterons d'établir les indications de cette intervention et à quel moment on doit la pratiquer, questions qui ont suscité de nombreuses polémiques et qui sont loin d'être encore résolues. Ensuite nous donnerons très brièvement notre technique et nous étudierons les résultats du curettage en joignant à cette étude les observations personnelles qui servent de base à cet exposé. Nous essaierons enfin de conclure sur ce sujet qui, dans l'état de nos connaissances actuelles, reste une des questions les plus délicates de l'obstétrique moderne.



I

C'est en 1846 que Récamier inventa la curette, mais au début il ne l'utilisa qu'en gynécologie et ce n'est qu'en 1850 qu'il préconisa son usage en obstétrique : le « gorgeret-curette », dit-il, est préférable à la main pour nettoyer l'intérieur de l'utérus des lobes plus ou moins considérables de placenta adhérents.

Cette méthode suscita de nombreux enthousiasmes, mais eût très rapidement ses détracteurs : Velpeau s'élève contre elle et une vive discussion se produisit en 1850 à l'Académie de Médecine entre adversaires et partisans du curettage. Les premiers l'emportèrent : les curettages tant gynécologiques qu'obstétricaux furent condamnés. Le silence se fit ensuite en France sur la question et le curettage tomba dans l'oubli, cependant qu'en Allemagne Simon, Fehling, Heggarr, Olshausen reprennent la méthode de Récamier pour le traitement des accidents puerpéraux et que certains Américains, Noggerath et Munde en particulier, utilisent ce procédé.

C'est à Doléris en 1885 que revient le mérite d'attirer à nouveau l'attention sur cette importante question. Il montre les résultats heureux obtenus dans les cas de rétention placentaire et dans les cas d'infection puerpérale. Mais la méthode ne triompha pas immédiatement et suscita d'importantes discussions à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. Elle prit cependant une rapide extension grâce à l'appui du Professeur Pozzi qui appliqua le curettage aux cas de septicémie, grâce aussi à celui de M. Champetier de Ribes qui a été un des premiers à vulgariser son emploi dans son service. Successivement apparaissent de nombreuses publications parmi lesquelles il faut citer celle de

Charrier en 1891 dans les *Archives générales de Médecine*, les thèses de Chartier en 1889, de Debled, de Bruneau, de Denis en 1894, celles de Marmasse en 1895 et de Bonnetblanc en 1896, publications desquelles il résulte que le curettage est formellement indiqué chaque fois qu'il y aura rétention placentaire et début d'infection. Il faut néanmoins noter, qu'à cette époque, le curettage est principalement employé dans les accidents infectieux consécutifs aux avortements et rarement utilisé après les accouchements à terme.

En 1896 M. Pinard fait paraître avec la collaboration de M. Wallich un livre sur le « Traitement de l'infection puerpérale ». Leur ligne de conduite en face d'une femme infectée est la suivante : « A la première élévation de température, que celle-ci se produise le deuxième ou le troisième jour, on pratique une injection prolongée, c'est-à-dire, qu'on fait passer 10 à 12 litres de liquide antiseptique. Si le résultat de l'injection est bon, la température suivante normale, on s'en tient à cette première et seule injection. Quand il se produit une nouvelle élévation de température, on agit d'une façon différente suivant le degré d'élévation de cette température : si le thermomètre ne marque pas au-dessus de 38°, on pratique une nouvelle injection; mais si la température est au-dessus de 38°, avec pouls à 120 environ, on pratique le curettage, quand le troisième jour est accompli. Sinon, on soumet la femme à l'irrigation continue, en attendant la fin de ce troisième jour; on pratique alors le curettage ».

Dans ce même traité, les auteurs écrivent encore : « Le curettage donne lieu à si peu d'accidents, qu'il vaut mieux en faire un de plus, que regretter ne pas l'avoir pratiqué ».

Ces théories constituent dans les années qui suivent, la base de la thérapeutique de l'infection puerpérale. Pendant cette période, le curettage prit une grande extension, lorsqu'en 1905 s'ouvrent à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris de très intéressantes et très vives discussions.

M. Pinard s'exprime alors ainsi : « Plus j'observe et plus j'ai la conviction que nombre d'interventions : injections intra-uté-

rines, écouvillonnages, curettages, pratiquées après le huitième jour qui suit l'accouchement n'ont d'autres résultats que de généraliser l'infection; que de salpingites n'ont pas eu d'autre genèse! »

Citons encore ces paroles du Professeur Pinard : « Ne jamais intervenir dans un utérus infecté après le huitième jour qui suit l'accouchement car l'infection n'est plus dans le muscle utérin, mais partout ailleurs ».

M. Doléris s'associe à cette appréciation : faire un curettage tardif, c'est, dit-il, « gratter derrière l'ennemi la place où il a passé. »

Pozzi s'élève alors en défenseur du curettage, même fait tardivement. Il pense qu'il ne faut pas proscrire ainsi le curettage, car il ne croit pas que quelques coups de curette puissent être dangereux et il ajoute qu'« il vaut mieux faire un curettage inutile que de ne pas faire un curettage utile. » Cependant Pozzi ne paraît pas avoir été toujours de cet avis, car après avoir vanté « les bienfaits du curettage qui sont hors de proportion avec ses dangers », il s'exprime ainsi en 1901 : « Qui dira les méfaits du curettage, cette petite opération réputée inoffensive, tandis qu'en réalité (tant elle a été appliquée inconsidérément), elle a causé plus de désordres qu'elle n'a amené de guérisons! »

Pasturaud, en 1905, résume ces idées dans sa thèse; il conclut que le moment de choix du curettage est la deuxième élévation de température; il ne sera pratiqué ni avant la fin du troisième jour, ni après le huitième jour, car alors il devient inutile et dangereux.

Conclusions à peu près semblables dans les thèses de Riou en 1902, de Furtin en 1904, de Rasis en 1906 et de Clément en 1907.

Les indications du curettage deviennent donc plus restreintes et en 1909, M. Pinard, dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* conclut que le curettage n'est rationnel que dans des cas exceptionnels.

En ouvrant les traités classiques actuels, on voit que MM. Ribemont-Dessaigues et Lepage dans leur *Précis d'Obsté-*

trique exposent que « le curettage est formellement indiqué lorsqu'il existe une infection intra-utérine encore localisée à la muqueuse et qui a résisté aux lavages utérins ». Mais ils ajoutent qu'il est cliniquement difficile de préciser si l'infection est encore localisée ou bien si déjà elle a franchi la paroi utérine. Et ils concluent que le moment de choix pour l'intervention est la deuxième élévation de température.

MM. Dubrisay et Jeannin préconisent d'abord les injections intra-utérines répétées, puis si la température ne tombe pas, un curage digital suivi d'un écouvillonnage; enfin, si les accidents persistent, on sera autorisé à reviser la cavité utérine par le curetage instrumental.

Dans leur *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, MM. Labadie-Lagrave et Legueu exposent les critiques faites au curettage qui n'enlève pas complètement la muqueuse infectée, qui expose à la perforation, qui ouvre des voies à l'absorption en pratiquant de nouvelles inoculations; mais tout en constatant que ces reproches sont justifiés, ils concluent que le curettage reste une opération nécessaire et heureuse. Ils ajoutent : « Une condition très importante pour la réussite, consiste à bien déterminer le moment de l'intervention : appliqué trop tard, au cinquième ou sixième jour, alors que l'infection est généralisée, le curettage n'a plus de raison d'être et devient inutile. Jusqu'au troisième jour, il n'y a guère d'autre ressource que l'irrigation intra-utérine intermittente ou continue ».

Dans la *Pratique de l'Art des Accouchements* de MM. Bar, Brindeau et Chambrelent, M. Jeannin tranche ainsi la question : ou l'utérus est vide, l'accoucheur ayant examiné la délivrance sait que membranes et placenta ont été entièrement expulsés; le toucher intra-utérin le convainc qu'il n'y a pas dans l'utérus des caillots adhérents et organisés. En pareil cas, puisqu'il ne reste rien in utero, il n'y a rien à enlever et le nettoyage utérin est contre-indiqué. Ou l'utérus contient des débris et il faut l'en débarrasser au moyen d'un curage digital aidé par l'expression abdominale, opération qui sera utilement complétée par un curetage instrumental.

Un article de M. Vignes, inspiré des principes généraux de la pratique actuelle du Professeur Couvelaire à la Clinique Baudelocque et paru en Septembre 1920 dans *Gynécologie et Obstétrique*, expose l'évolution de la thérapeutique intra-utérine de l'infection post partum : il constate qu'à l'heure actuelle, un grand nombre d'accoucheurs a renoncé à toute thérapeutique intra-utérine. Depuis Mars 1919 jusqu'en Mai 1920, il n'a été pratiqué à la Clinique Baudelocque, pour infection après accouchement à terme, que deux revisions digitales suivies d'injections intra-utérines.

En 1916, De Lee, dans le *Chicago Medical Recorder* préconise l'abstention absolue, même s'il reste des débris placentaires dans la cavité utérine. Et dans le cas où ceux-ci entraîneraient une hémorragie, il préfère encore seulement tamponner dans l'espoir de ramener le lendemain le corps du délit collé à la gaze du tamponnement.

On voit par cette évolution combien le curettage, après avoir été fortement préconisé depuis une trentaine d'années, est maintenant tombé dans une grande défaveur. Nous essaierons cependant de voir si, dans certains cas, il ne pourrait être utilisé avec profit pour le traitement sinon curatif, du moins préventif de l'infection puerpérale.

II

Le curettage a pour but le nettoyage de la cavité utérine à l'aide d'un instrument spécial, la curette, qui gratte la surface interne de l'utérus, afin d'enlever soit des débris ovulaires, qu'il s'agisse de débris placentaires, de cotylédons accessoires, de membranes restées accolées à la paroi de l'endomètre et plus particulièrement de caduque épaisse et adhérente, soit des caillots organisés, intimement unis à la muqueuse utérine et ne pouvant être évacués avec l'écoulement lochial : toutes causes qui constituent une rétention de matières organiques formant un excellent milieu de culture pour les éléments pathogènes, agents de l'infection. Enlever ce foyer, tel est le rôle du curettage qui a encore pour but l'ablation de la muqueuse utérine malade, infectée, farcie de microbes.

D'autres moyens ont été préconisés pour atteindre ce but, mais bien que nous n'ayons pas l'intention de les rejeter systématiquement, nous croyons, avec beaucoup d'auteurs d'ailleurs, que le curettage est celui qui donne le nettoyage le plus complet.

L'injection intra-utérine qui, pendant longtemps, fut le seul moyen de lutter contre l'infection puerpérale, est notoirement insuffisante; un simple courant d'eau ne peut évacuer que les corps étrangers libres et flottants dans la cavité utérine et reste sans effet sur ceux qui sont adhérents à la paroi; or ce sont ceux-là même qui sont les plus dangereux en constituant le point de départ de l'infection.

Les médecins et les sages-femmes abusent encore de l'injection intra-utérine, la répètent même plusieurs fois par jour, faisant passer ainsi des litres d'eau dans l'utérus. Tarnier écrivait

en effet : « Mieux vaut pratiquer une injection intra-utérine inutile, ce qui est inoffensif, que de s'exposer à laisser le mal gagner en profondeur et en étendue ».

Or les résultats de l'injection intra-utérine ne sont pas en faveur de cette pratique. Nombreux sont les accidents causés par elle et déjà décrits en 1896 par MM. Pinard et Wallich : pénétration de liquide par la trompe, embolie gazeuse, syncopes réflexes dont la pathogénie a été étudiée par Tarnier et Tissier et qui peuvent amener la mort, accidents rares il est vrai. Mais, presque constamment, l'injection intra-utérine est suivie d'un grand frisson, s'accompagnant ou non d'élévation de la température; et peut-être ne contribue-t-elle qu'à généraliser l'infection! Notre maître, M. Bouffe de Saint-Blaise, nous répète souvent qu'il a totalement abandonné la pratique des injections intra-utérines depuis près de 20 ans.

L'irrigation continue offre les mêmes inconvénients; de plus, elle exige une installation et une surveillance parfois difficile à réaliser. Pour ces raisons, elle fatigue la malade qui n'accepte qu'avec difficulté les ennuis que ce traitement comporte. Elle est encore cependant préconisée par certains auteurs.

Le curage digital présente déjà un grand avantage sur l'injection intra-utérine; il sera pratiqué en cas de rétention de grosses masses placentaires ou de cotylédons importants que la curette ne ferait que morceler. Mais une main, gantée surtout, ne peut acquérir lorsqu'elle est introduite dans les voies génitales, la liberté de mouvements nécessaire, pour enlever les petits débris placentaires adhérents. De plus, le curage est une intervention douloureuse, et ainsi que l'écrit M. Vignes, d'après l'enseignement de M. le Professeur Couvelaire : « C'est une entreprise laborieuse; il faut peiner pour détacher certains des débris qu'on vise. La paroi utérine est ainsi massée et violente entre le doigt intra-utérin et la main abdominale », d'où irritation des foyers lymphangitiques ou phlébitiques voisins.

C'est donc au curetage que nous donnerons la préférence; lui seul est capable de donner un nettoyage aussi parfait que possible de la paroi utérine. De plus, il est peu douloureux et

peut facilement être pratiqué sans anesthésie, ce qui n'est pas sans intérêt.

Le nettoyage à la compresse montée est tout à fait insuffisant; quant à l'écouvillonnage, il pourrait quelquefois être utile en cas de lambeaux membraneux tapissant la muqueuse, mais il est également insuffisant; de plus, l'écouvillon, s'il est trop dur, présente l'inconvénient de traumatiser très sérieusement la paroi utérine, ce que ne fait pas une curette bien maniée, et trop mou, il est sans utilité.

III

Voyons maintenant les reproches que l'on peut adresser au curettage.

Un des plus importants est qu'il ne parvient pas toujours à un nettoyage complet; la curette laisse des débris qu'elle ne parvient pas à détacher et M. Wallich, en Mai 1905, dit à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie : « On peut voir à la surface interne de ces utérus, ce que peut y laisser le curettage le plus consciencieusement pratiqué par des mains habituées à cette opération... On y voit en saillie les très nombreux débris de caduque qui ont échappé à la curette ». « La curette, dit Budin, est un instrument aveugle ». Holmes a publié récemment des résultats expérimentaux d'après lesquels il lui paraît difficile d'enlever plus de la moitié de la muqueuse. Cette affirmation nous paraît exagérée : un opérateur adroit doit avoir la sensation d'un utérus complètement vidé; et dans ce cas, il y a de grandes chances pour que l'utérus soit sinon totalement, du moins presque entièrement nettoyé.

Un deuxième reproche nous semble plus important : le curettage provoque de nouvelles inoculations; partout où la curette passe, elle met la paroi utérine à vif et crée une surface d'absorption pour les toxines; en détruisant les phénomènes de thrombose qui se sont déjà produits dans les sinus utérins, elle favorise l'envahissement de l'organisme par les microbes pathogènes. Polack affirme qu'on n'a jamais cureté d'utérus septiques sans avoir vu immédiatement une élévation de température. Le curettage détruit le processus physiologique qui formait un rempart de leucocytes autour du foyer d'infection; il enlève la couche granuleuse de Bumm formées de cellules

embryonnaires associées avec des globules blancs ainsi que les nombreux éléments glandulaires qui prolifèrent pour régénérer la couche épithéliale, processus bien étudié par MM. Retterer et Lelièvre. Nous ferons seulement remarquer que si cette couche constitue une protection efficace pour les infections légères, elle est rapidement dépassée lorsqu'il s'agit d'une infection plus sérieuse.

Donc le curettage est accusé de réveiller localement l'infection, mais il ouvre encore de nouvelles portes d'entrée aux agents pathogènes; de là, la possibilité de déclencher une septicémie grave avec une infection utérine locale d'intensité moyenne et qui, peut-être, aurait été bénigne.

Enfin il semble que la guérison peut s'effectuer sans curettage, car, d'une part les rétentions de caduque nécrosée, les débris membraneux, les fragments placentaires même peuvent s'éliminer par le mécanisme de la détersion, en plus ou moins de temps, sans provoquer la moindre infection. Et, d'autre part, nous avons eu fréquemment l'occasion de voir des malades atteintes d'infection puerpérale avec phénomènes généraux graves qui guérissaient sans le moindre traitement in utero.

Voilà les objections les plus importantes à faire au curettage et nous en tiendrons compte pour essayer de nous tracer une ligne de conduite.

Les autres critiques ne nous paraissent pas avoir la même importance : nous ne nous arrêterons pas à la possibilité d'une perforation utérine, bien qu'elle soit toujours possible, même entre les mains les plus exercées. La grande pratique et l'habileté de l'opérateur doivent faire de cet accident, dont les conséquences peuvent être redoutables, une complication rarissime.

Le curettage peut également être la cause d'une hémorragie ; celle-ci n'est généralement pas assez abondante pour mettre la vie en danger, elle cède presque toujours à une irrigation chaude, à une injection d'ergotine et nécessite très rarement un tamponnement. Néanmoins, comme le fait très justement remarquer M. Vignes, une spoliation sanguine est inutile pour une femme qui a besoin de toutes ses forces de défense.

IV

Enfin abordons maintenant la partie principale de notre sujet : à quel moment doit-on user de la curette?

Mais auparavant qu'il nous soit permis d'établir ici un parallèle que la pratique chirurgicale de guerre nous a suggéré et qui nous a conduit à une méthode peu utilisée, croyons-nous, jusqu'à maintenant.

L'infection puerpérale est due à une inoculation de l'organisme au niveau d'une plaie, la plaie utérine; cette solution de continuité constitue le point de départ de l'infection. Et si l'on songe aux nombreux sinus constitués par les vaisseaux à ce niveau, on voit combien la propagation infectieuse peut être facile et rapide, et aboutir ainsi à ces formes générales de septicémie devant lesquelles la thérapeutique moderne est hélas! trop peu outillée. De même, les septicémies observées chez les blessés de guerre ont pour point de départ une solution de continuité, la blessure, l'effraction d'un corps étranger en un point quelconque de l'organisme. Ces deux infections, septicémie de guerre, infection puerpérale, ne sont donc pas sans analogie; toutes deux ont leur forme les plus graves causées par le même agent pathogène, le streptocoque, associé ou non à d'autres espèces microbiennes. L'une est causée par la pullulation microbienne autour d'un corps étranger septique, éclat d'obus, bourre de vêtement, qui a pénétré dans le corps en un point où l'organisme n'a d'autre protection que la barrière formée par ses globules blancs. L'autre est causée par la même pullulation microbienne qui se développe autour d'un corps étranger également, constitué ici soit par un débris ovulaire en voie de putréfaction, soit par des lambeaux de caduque, c'est-à-dire par

un tissu mortifié, ne réagissant plus, soit par un caillot organisé et adhérent; là également la barrière contre l'infection n'est constituée que par les globules blancs de la couche granuleuse dont nous avons déjà parlé. On peut donc considérer la nouvelle accouchée comme une blessée; West et Van Swieten l'ont déjà dit depuis longtemps, et Junker a pu justement écrire : « *Puerperae tanquam vulneratæ merito considerantur quibus ex levissimis causis febris inflammatoriæ accedere possunt* ».

Essayons de voir si la thérapeutique chirurgicale de guerre peut donner quelques indications dont la thérapeutique obstétricale pourrait bénéficier. Pendant les deux premières années de la guerre, les interventions pratiquées sur les blessés avaient pour but l'ablation du corps étranger, suivie de larges débridements destinés à faciliter le drainage; les plaies étaient alors lavées abondamment et fréquemment avec les liquides antiseptiques les plus variés; puis vint la méthode de Carrel, l'irrigation continue pratiquée avec le liquide de Dakin. Dans une deuxième période, les chirurgiens donnèrent leur préférence à une autre méthode, celle du nettoyage complet de la plaie avec ablation des corps étrangers, des esquilles osseuses et excision des tissus contus, nettoyage suivi d'une suture immédiate. Ce fut l'ère de la suture primitive dont les résultats furent brillants; mais l'opération avait d'autant plus de chances de réussir qu'elle était pratiquée le plus tôt possible; il fallait que le bistouri du chirurgien arrive avant que l'infection n'ait eu le temps de se développer et d'atteindre l'organisme.

L'injection intra-utérine, l'irrigation continue, le drainage de la cavité utérine constituent une méthode qui peut être rapprochée du lavage des plaies, de la méthode de Carrel, des débridements larges. La méthode de la suture primitive, de l'ablation immédiate des causes déterminantes des infections, constitue un progrès en chirurgie de guerre; peut-elle trouver une application dans la thérapeutique obstétricale? Il nous semble que oui.

Enlever ce qui peut être cause d'infection, l'enlever le plus tôt possible, en un mot éviter cette infection vaudra mieux que

la laisser s'établir pour avoir ensuite à lutter contre elle. C'est pourquoi nous nous sommes demandé si, dans certains cas, il ne serait pas possible de nettoyer la cavité utérine avant tout phénomène infectieux, de la débarrasser non seulement des débris placentaires, des cotylédons accessoires, mais aussi de ces débris de caduque épaisse, véritable masse amorphe, privée de vie, destinée à tomber et qui deviennent si facilement la proie de l'infection.

Par quel moyen? Nous avons déjà vu que le curettage était, à notre avis, le meilleur procédé pour obtenir ce résultat.

A quel moment le pratiquer? Nous avons vu que le plus tôt possible était le mieux et c'est pourquoi nous l'avons fait, soit immédiatement après l'accouchement; soit dans les 12 ou 18 premières heures au plus tard.

La date récente de l'accouchement est considérée par MM. Pinard et Wallich comme la seule contre-indication au curettage. Ils considèrent le curettage comme pouvant alors être troublé par des accidents graves. Dans leur livre sur *Le Traitement de l'Infection Puerpérale*, ils publient à ce sujet l'observation d'une malade curettée au deuxième jour, alors que la température était déjà de 39°2 au moment de l'accouchement et qui mourut subitement 6 heures après le curettage. Ils pensent qu'il y eût introduction probable d'air dans les veines utérines. Mais, à la lecture de ce document, on voit qu'il s'agissait d'une malade déjà infectée, que la septicémie était déclarée, puisque les examens pratiqués à l'autopsie montrèrent du streptocoque dans le foie et dans la rate. La mort subite semble devoir être imputée à une embolie pulmonaire, accident si fréquent chez les infectées.

Depuis, on considère la date rapprochée de l'accouchement comme une période non propice au curettage et M. Vignes, en Septembre 1920, écrit : « On estime habituellement que le curettage ne doit pas être trop précoce, sous peine d'avoir à pratiquer d'une façon fréquente et souvent inutile cette opération qui n'est pas exempte de dangers, ainsi que tous le reconnaissent ».

Or, depuis plusieurs mois, nous avons pratiqué de nombreux curettages dans un laps de temps très proche de l'accouchement, immédiatement après si possible; nous apportons plus loin les observations de ces cas; ce curettage ne nous a jamais donné d'ennui et nous pensons qu'il n'offre aucun danger, s'il est fait avec prudence et par des mains exercées.

Et il nous paraît rationnel de débarrasser l'utérus immédiatement, si l'on est certain de la présence dans sa cavité d'une rétention quelconque.

Est-ce à dire que nous curetterons systématiquement toutes nos accouchées? Loin de là notre pensée. Et si nous devons arriver à cette conclusion, nous n'aurions pas entrepris d'exposer ainsi nos idées, car ce serait un véritable non-sens que d'introduire aussi facilement la curette dans les utérus! Cette méthode serait absurde et ne jouirait par conséquent d'aucune faveur ni près des accoucheurs, ni près des parturientes.

A quels cas donc, ce curettage primitif s'adresse-t-il? Nous croyons qu'il semble indiqué tout d'abord en cas de délivrance incomplète, lorsque l'examen de l'arrière-faix révèle un placenta fragmenté ou la présence d'un cotylédon accessoire retenu dans l'utérus. Nous faisons alors précéder le curettage d'un curage digital si nous estimons qu'il reste *in utero* d'assez grosses masses placentaires.

Nous pratiquons également ce curettage primitif lorsque nous sommes en présence d'un placenta découronné ou d'une rétention partielle et importante de membranes ou de caduque.

Ce curettage primitif nous semble encore plus particulièrement indiqué en cas de macération de l'œuf, et aussi dans les accouchements avant terme, si fréquemment causés par une métrite hémorragique, ainsi que chez les femmes ayant présenté de l'endométrite antérieurement. Dans tous ces cas, la caduque est épaissie, infiltrée, les glandes de la muqueuse utérine sont dégénérées, causes qui favorisent les rétentions membraneuses et les infections consécutives.

Nous n'avons pas parlé de l'indication constituée par l'apparition d'une hémorragie : dans ce cas, la conduite s'impose

puisque ce symptôme est révélateur d'une délivrance incomplète et que le traitement d'urgence de cette hémorragie comporte justement l'évacuation immédiate de l'utérus.

Le curettage pratiqué le plus tôt possible après l'accouchement nous paraît préférable au curettage classique fait du troisième au cinquième jour, après l'apparition des phénomènes infectieux. Voici les avantages que nous lui trouvons :

1° Il débarrasse immédiatement la cavité utérine des corps étrangers organiques, et il nous semble rationnel, nous l'avons déjà dit, d'enlever ces derniers dès leur présence établie.

2° Agissant avant tout début d'infection, il ne peut être la cause de réensemencements. Il ne provoque jamais ce frisson si souvent observé, dû à la résorption de toxines, puisque celles-ci n'ont pas encore eu le temps d'apparaître.

3° Ce curettage primitif une fois fait, on n'aura plus à pratiquer de manœuvres *in utero*. Or le curettage au troisième jour vient bouleverser la thrombose des sinus utérins et entraver les phénomènes physiologiques de l'involution utérine; il vient troubler le repos si nécessaire à la femme pendant les suites de couches, et affaiblir les moyens de résistance de l'organisme contre l'infection déjà déclarée.

4° Le curettage primitif est un moyen prophylactique, tandis que le curettage au troisième jour n'est qu'un moyen curatif.

On nous reprochera certainement d'avoir à curetter d'une façon trop fréquente et peut-être inutile; mais vaut-il mieux faire un curettage inutile, à une période où il n'est pas dangereux, que de risquer, en laissant des corps étrangers dans l'utérus, une infection qui peut devenir grave?

VI

Dans les recherches que nous avons faites nous n'avons pas trouvé d'auteurs qui aient exposé ces idées et préconisé ainsi le curettage immédiatement après l'accouchement. Ce n'est pas que l'idée de nettoyer l'utérus, même sans qu'il y ait apparition de phénomènes infectieux, n'ait pas été émise. Car Récamier lui-même a donné pour rôle à son gorgéret-curette « de nettoyer l'utérus, s'il reste, à la sortie de l'enfant, des lobes de placenta plus ou moins considérables ».

Charrier, en 1891, écrit dans les *Archives générales de Médecine* : « Ce qui nous semble de toute importance, c'est de curetter toute femme chez laquelle on soupçonne que l'accouchement a laissé quelques débris ».

Mme Gaches-Sarraute, au Congrès de l'Association Française pour l'avancement des sciences tenu à Marseille en 1891, s'attache à montrer qu'il faut débarrasser l'utérus des corps étrangers qu'il contient immédiatement après la délivrance, qu'il faut l'aider dans cette élimination pour lui permettre ensuite de se rétracter efficacement et de se garantir lui-même contre les invasions extérieures; les suites de couches sont amoindries comme durée, les femmes échappent à la métrite; conclusion : avantages immédiats et futurs.

Furtin, en 1904, dit que le curettage est formellement indiqué chaque fois qu'il y a rétention placentaire, même dans un utérus non infecté, qu'il s'agisse d'un avortement ou d'un accouchement prématuré ou à terme.

M. Bar conseille le nettoyage de la cavité utérine d'une façon systématique, dans tous les cas où il y a rétention de mem-

branes ou de fragments placentaires, avant même qu'il y ait le moindre signe d'infection.

Dans un article récent paru dans le *Medical Journal of Australia* de Juillet 1919, Nyulasy soutient que la plus grande majorité des cas d'infection puerpérale est due à une endométrite déciduale polypoïde préexistante et il considère l'ablation rapide de cette muqueuse malade comme le seul traitement rationnel.

VII

Jusqu'ici nous avons essayé de montrer dans quelles conditions, il nous semblait indiqué de procéder à un curettage qui aurait pour but la prophylaxie de l'infection puerpérale.

Mais celle-ci, une fois déclarée, s'étant manifestée par une élévation de la température, et surtout par une accélération du pouls accompagnée d'une douleur utérine plus ou moins précise, une fois le diagnostic d'infection utérine posé, doit-on curetter? Problème délicat qui, depuis 1905, a été le sujet de nombreuses discussions et qui est loin d'être résolu. Le curettage a alors amené des guérisons, mais il a été la cause d'accidents mortels. Il ne peut y avoir de règles générales et chaque cas en particulier sera soumis à la perspicacité de l'accoucheur.

Actuellement, nous croyons que quelle que soit l'importance des symptômes (et l'on sait combien il est impossible de tabler sur eux pour pronostiquer la gravité de l'infection) un seul élément pourra nous conduire à curetter une malade : la présence nettement démontrée d'un corps étranger en voie de putréfaction dans la cavité utérine, présence fermement diagnostiquée par l'aspect des lochies ou le toucher intra-utérin. Et encore nous ferons ce curettage avec beaucoup d'appréhension, car nous le considérons comme très dangereux.

Dans tous les autres cas, nous croyons qu'il faut s'abstenir; car c'est alors que les critiques apportées au curettage, que nous avons précédemment étudiées, sont particulièrement sérieuses; car, si l'infection est locale, limitée à l'endomètre, le curettage fera courir le plus terrible des risques : une aggravation de l'infection et sa généralisation rapide; d'ailleurs, un grand

nombre de ces cas guérissent sans le moindre traitement local, et nous croyons que le repos, l'abstention de toute manœuvre est ici un grand facteur de guérison, avec pour adjuvant un traitement médical destiné à soutenir l'organisme dans sa lutte contre l'infection.

Et si la métrite parenchymateuse est déjà établie, si l'infection menace de prendre de l'extension, il est logique de penser que désormais la curette est impuissante : les germes infectieux ont dépassé les limites de la muqueuse. C'est alors que se pose la question de l'hystérectomie, afin d'enlever en bloc le foyer infectieux. Cette méthode fut combattue par de nombreux auteurs, en particulier par M. le Professeur Pinard qui, en 1903, disait au Congrès de Madrid : « L'indication rationnelle de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale n'existe pas ». Mais cette opération trouve d'ardents défenseurs avec MM. Tuffier et J.-L. Faure. L'hystérectomie vaginale (la seule que l'on puisse alors tenter) est une opération grave, difficile, pénible lorsqu'il s'agit d'enlever un utérus à terme, toujours volumineux et friable. Or, d'après ce que nous connaissons de l'avenir des infectées, en considérant le grand nombre de guérisons parfois inespérées et la très faible mortalité de ces malades, nous pouvons penser que l'hystérectomie n'est pas une intervention à introduire dans la thérapeutique de l'infection puerpérale : car, d'une part, hystérectomiser au début de l'infection, c'est risquer d'enlever un grand nombre d'utérus chez des femmes qui auraient pu guérir sans l'intervention ; et d'autre part, opérer après l'apparition de la septicémie, c'est agir trop tard et c'est bien souvent donner un shock à une malade déjà affaiblie, shock dont bien souvent elle ne se relèvera pas.

A la séance du 10 Mai 1920 de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, M. J.-L. Faure rapporte un cas très intéressant de guérison après hystérectomie faite chez une malade dont les accidents n'avaient pas cédé au curettage. Mais il s'agissait d'un avortement au quatrième mois, et dans la discussion, M. Brindeau estime qu'il faut séparer les infections post abortum des infections post-partum. Les premières sont justi-

ciables de l'intervention, les secondes commandent l'abstention. M. Bouffe de Saint-Blaise fait remarquer que la question est complexe, qu'il y a de très nombreux cas à allure paraissant grave et qui guérissent cependant par des moyens moins radicaux, que la question est délicate et que le souci de conserver l'utérus doit entrer pour une large part dans la discussion de la conduite à tenir.

Mais cette discussion sort du cadre que nous nous sommes proposé, puisque nous n'avons voulu considérer que les rapports du curettage et de l'infection puerpérale.

Nous retiendrons cependant que les remarques faites par MM. Bouffe de Saint-Blaise et Brindeau, au cours de cette discussion, s'appliquent également aux indications du curettage.

En effet, post abortum, le curettage sera toujours indiqué, s'il y a rétention de débris *in utero*, qu'il y ait des accidents infectieux ou non; les résultats cliniques ont montré les bons effets de cette pratique. Mais s'il s'agit d'infection post partum, il n'en est pas de même; s'il est incontestable que des guérisons ont suivi des curettages, il est non moins certain que l'intervention fut souvent néfaste et que d'autre part, des guérisons heureusement fréquentes se sont produites sans curettage. La question reste donc délicate.

VIII

Le curettage primitif, pratiqué immédiatement après l'accouchement, exige une grande habileté, car l'instrument pénètre dans un utérus, dont la cavité est encore très agrandie. C'est dire qu'il ne pourra être confié qu'à un opérateur prudent et très habitué à manier la curette. Sa technique ne diffère pas du curettage habituel : la femme sera placée en position gynécologique, les cuisses maintenues par des supports ou par des aides. La région vulvo-périnéale sera lavée, savonnée et rasée, ainsi que la partie supérieure des cuisses. Puis on donnera une injection vaginale avec de l'eau bouillie ou une solution antiseptique habituelle dans la pratique gynécologique. (Nous avons coutume d'employer une solution iodo-iodurée très diluée). Si la femme est anesthésiée, on pourra faire un badigeonnage de la vulve et du vagin à la teinture d'iode.

Après avoir introduit une valve vaginale postérieure ou un spéculum de Collin (on peut d'ailleurs s'en passer et atteindre le col en déprimant avec deux doigts la paroi vaginale postérieure) on fixe le col par une pince de Museux.

Quelle curette emploierons-nous? Une grande curette très large et à bord mousse est préférable pour ce curettage primitif. La curette de M. Champetier de Ribes est la plus pratique. On peut faire usage aussi, mais avec prudence, de la curette fenêtrée de Sims.

Il sera très utile, souvent même indispensable d'avoir un aide qui, appuyant sur la paroi abdominale, refoulera, abaissera et maintiendra le corps utérin au niveau de son fond.

On introduira alors la curette avec douceur pour ne pas

perforer a paroi au niveau du segment inférieur, région pauvre en fibres musculaires et par conséquent non affermie par la contraction utérine. A chaque fois, la main a nettement la sensation de quitter le segment inférieur pour pénétrer dans la cavité du corps utérin contracté.

On curettera alors systématiquement le fond, les parois antérieure et postérieure, les bords de l'utérus en faisant redescendre la curette depuis le fond de la matrice et en appuyant doucement sur les parois. Le fond et les cornes sont particulièrement délicats à curetter; c'est à ce niveau qu'il faudra craindre la perforation; pour l'éviter, ne jamais donner de coups de pointe, ne jamais travailler du bout de la curette.

Il est inutile de sortir la curette hors du col à chaque coup; il suffira de la ramener de temps en temps pour entraîner à l'extérieur les débris fournis par l'opération.

Le curettage terminé, on fera un attouchement iodé à l'aide d'une compresse montée sur la pince à pansement utérin et imbibée de teinture d'iode. Une fois introduite dans la cavité utérine, on lui imprimera un mouvement de rotation pour la mettre en contact avec toute la surface de l'organe; ce procédé a l'avantage d'être un puissant excitant de la contraction utérine. Nous faisons suivre cet attouchement d'un lavage avec la solution iodo-iodurée.

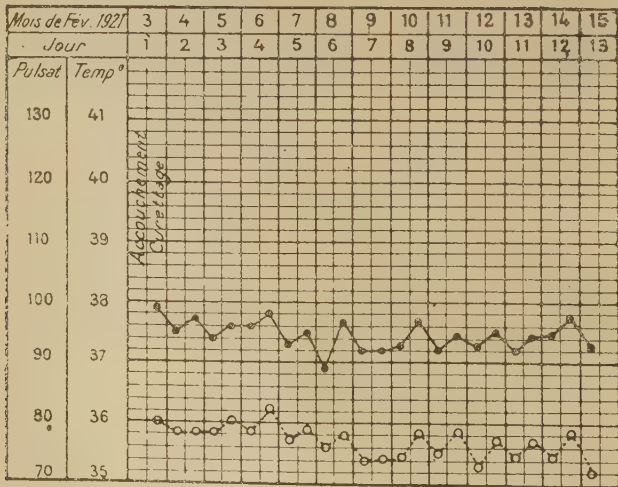
Nous ne laissons ensuite aucun tamponnement, aucune mèche utérine ou vaginale. Car l'utérus une fois vidé, l'hémostase est totalement assurée par la contraction utérine, véritable ligature vivante, suivant l'expression de M. Pinard. Tout tamponnement est donc inutile et ne saurait qu'être la cause d'une rétention de lochies; et ce n'est qu'exceptionnellement qu'une hémorragie abondante nécessitera un tamponnement intra-utérin, qu'il faudra d'ailleurs retirer le plus tôt possible.

IX

Nous avons réuni ci-après les observations des curettages primitifs que nous avons pratiqués depuis plusieurs mois :

1° Curettages primitifs suivis de suites de couches normales et sans infection.

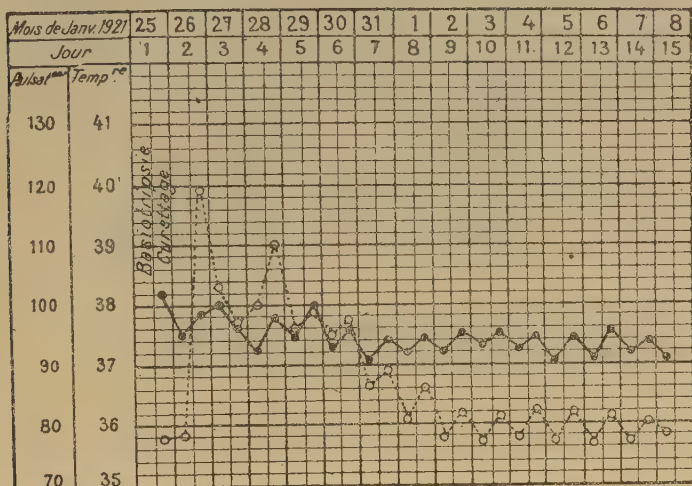
Obs. I. — A..., Accouchement à terme le 3 Février 1921, avec application de forceps pour lenteur du travail. Fille vivante. Déli-



Observation I.

vance artificielle pour hémorragie de la délivrance suivie d'une révision à la curette de la cavité utérine. Suites de couches normales et totalement apyrétiques.

Obs. II. — D..., 27 ans. Primipare. Le 25 Janvier, accouchement artificiel à terme. Enfant mort depuis neuf heures, membranes rompues depuis 12 heures. Dilatation bi-manuelle du col de petite à grande paume de main. Basiotripsie. Extraction d'une fille pesant 2.000 grammes sans matière cérébrale. Délivrance artificielle immé-



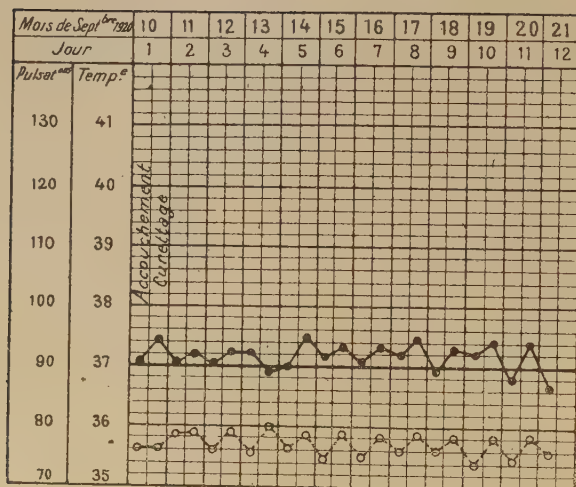
Observation II.

diète suivie d'un curettage primitif. Iodage utérin et injection utérine. Suites de couches normales et apyrétiques. Le poulx qui s'était élevé à 120 au deuxième jour, descend très rapidement à la normale.

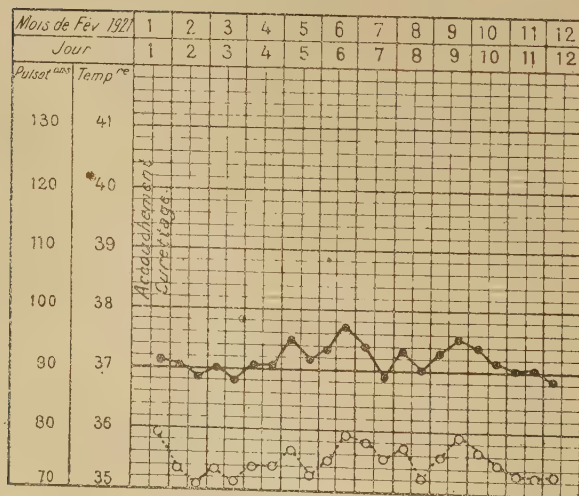
Obs. III. — N..., 38 ans. Application de forceps dans l'excavation sur sommet en O. I. G. A. pour lenteur de la période d'expulsion et fatigue maternelle. Garçon vivant, pesant 2.800 grammes. Délivrance naturelle avec membranes déchirées. Curettage primitif. Suites de couches normales et totalement apyrétiques.

Obs. IV. — C..., 28 ans. Accouchement naturel à terme. Sommet en O. I. G. A. Garçon vivant de 3.000 grammes. Délivrance naturelle avec rétention abondante de membranes. Curettage primitif ramenant beaucoup de débris. Suites de couches normales et totalement apyrétiques.

Obs. V. — J..., 26 ans. Quadripare. Le 17 Janvier 1921, accouchement naturel à terme. Sommet en O. I. G. A. Fille vivante de 2.400 grammes. Délivrance naturelle : placenta découronné. Curet-



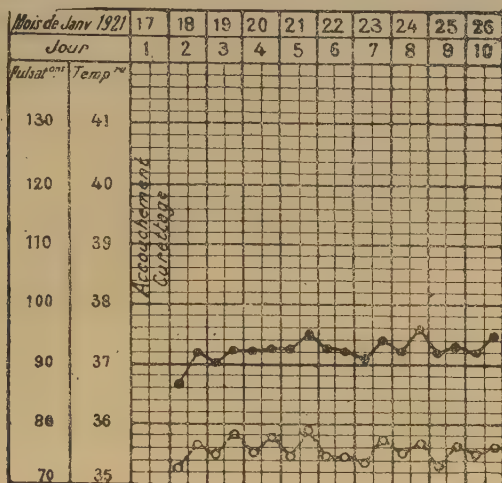
Observation III.



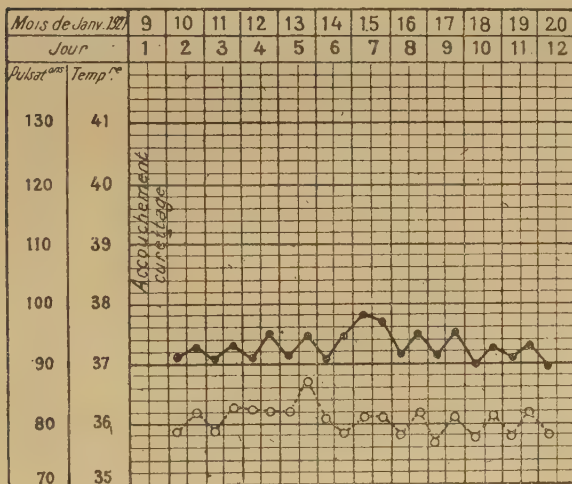
Observation IV.

tage primitif immédiat ramenant les membranes. Suites de couches normales et totalement apyrétiques.

Obs. VI. — L..., 40 ans. Le 9 Janvier 1921, accouchement spontané à terme. Sommet en O. I. G. A. Garçon vivant de 3.300 grammes.



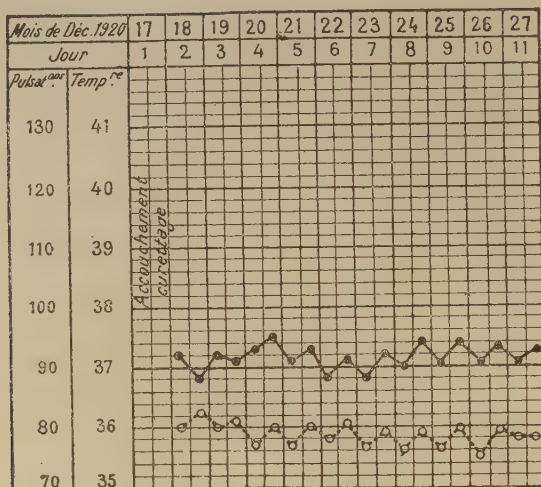
Observation V.



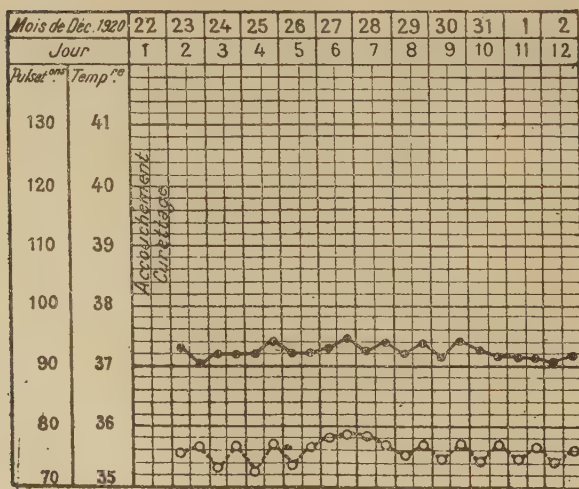
Observation VI.

Délivrance naturelle avec membranes incomplètes. Curage suivi de curetage primitif ramenant des débris de membranes. Suites de couches normales et totalement apyrétiques.

Obs. VII. — H..., 24 ans. Secondipare. Bassin rétréci : promontoire et première sacrée très facilement accessibles, concavité sacrée nor-



Obsevation VII.



Observation VIII.

male. Le premier accouchement a nécessité une symphyséotomie. Le 17 Décembre 1920, accouchement spontané à terme. Sommet en O. I. G. T. Fille vivante de 2.650 grammes. Délivrance naturelle avec,

au centre du placenta, rétention d'un cotylédon qui est immédiatement ramené par un curettage primitif. Suites de couches normales et totalement apyrétiques.

Obs. VIII. — X... Le 22 Décembre 1920, accouchement naturel à terme. Garçon vivant pesant 3.050 grammes. Délivrance naturelle avec rétention de membranes. Curettage immédiat ramenant des débris membraneux. Suites de couches normales et totalement apyrétiques.

Obs. IX. — B..., 25 ans. Primipare. Le 23 Décembre 1920, accouchement naturel à terme. Sommet en O. I. D. P. Enfant vivant de 3.000 grammes. Délivrance naturelle avec rétention partielle de membranes. Curettage primitif ramenant les lambeaux membraneux. Suites de couches normales.

Obs. X. — V..., 32 ans. Le 14 Octobre 1920, accouchement naturel à terme. Sommet en O. I. D. P. Garçon vivant de 3.500 grammes. Délivrance naturelle avec rétention totale des membranes. Curettage immédiat. Suites de couches normales.

Obs. XI. — A..., 25 ans. Primipare. Le 26 Août 1920, accouchement naturel à terme. Siège complet en S. I. G. A. Garçon vivant de 3.450 grammes. Délivrance naturelle avec rétention de membranes. Curettage primitif ramenant des lambeaux membraneux et des débris de caduque. Suites de couches normales.

Obs. XII. — G..., Primipare. Le 12 Septembre 1920, accouchement artificiel. Sommet en O. I. G. A. Application de forceps sur O. P. Garçon vivant de 3.700 grammes. Délivrance naturelle avec membranes incomplètes. Curettage primitif. Suites de couches normales.

Obs. XIII. — Secondipare. Accouchement naturel à terme. Siège décomplété en S. I. G. A. Fille vivante de 3.200 grammes. Délivrance naturelle avec membranes incomplètes. Curettage primitif. Suites de couches normales.

Obs. XIV. — D..., 30 ans. Secondipare. Le 1^{er} Septembre 1920, accouchement naturel à terme. Sommet en O.I.G.A. Garçon vivant de 3.250 grammes. Délivrance naturelle avec rétention de membranes. Curettage primitif ramenant des lambeaux membraneux. Suites de couches normales et totalement apyrétiques.

Obs. XV. — H..., 27 ans. Primipare. Le 4 Août 1920, accouchement naturel à terme. Sommet en O.I.D.P. Fille de 2.980 grammes, née en état de mort apparente. Insufflation sans résultat. Il existait un circulaire très serré autour du cou. Délivrance naturelle avec rétention importante de caduque. Curettage primitif ramenant de nombreux débris. Suites de couches normales et totalement apyrétiques.

Obs. XVI. — M..., 20 ans. Primipare. Coxalgie droite. Végétations vulvaires et vaginite granuleuse. Le 15 Octobre 1920, accouchement naturel à terme. Sommet en O.I.D.P. Garçon vivant de 2.950 grammes. Délivrance naturelle avec rétention partielle et abondante de caduque et de chorion. Curettage immédiat. Suites de couches normales.

Obs. XVII. — D..., 32 ans. Primipare. Le 27 Décembre 1920, accouchement naturel à terme. Sommet en O.I.G.A. Garçon vivant de 3.540 grammes. Délivrance naturelle incomplète, rétention partielle et importante de membranes. Curettage primitif ramenant de nombreux débris. Suites de couches normales.

Obs. XVIII. — L..., 19 ans. Primipare. Le 3 Janvier 1921, accouchement naturel à terme. Garçon mort et macéré, de 2.500 grammes. Délivrance naturelle avec rétention importante de caduque. Curettage primitif ramenant de nombreux débris. Suites de couches normales et totalement apyrétiques.

Obs. XIX. — L..., 28 ans. Primipare. Le 7 Janvier 1921, accouchement artificiel à terme. Application de forceps sur sommet en O.I.D.P. Enfant vivant de 3.350 grammes. Après l'accouchement, inertie utérine. Hémorragie. Délivrance artificielle suivie d'un curettage immédiat. Dans les suites de couches, une légère élévation de température due à des escharres périnéales.

Obs. XX. — P..., 31 ans. Primipare. Le 8 Janvier 1921, accouchement naturel à terme. Sommet en O.I.G.A. Garçon vivant. Délivrance naturelle incomplète. Curettage immédiat ramenant des débris placentaires et des lambeaux de membranes. Suites de couches normales avec évolution apyrétique.

Obs. XXI. — F..., 25 ans. Primipare. Le 9 Janvier 1921, accouchement naturel à terme. Sommet en O.I.D.P. Garçon vivant. Délivrance

naturelle avec rétention importante de membranes. Curettage primitif ramenant membranes et caduque. Suites de couches normales. Evolution apyrétique.

Obs. XXII. — G..., Le 7 Janvier 1921, accouchement artificiel à terme : application de forceps au détroit inférieur sur sommet en droite transverse, pour inertie utérine. Délivrance naturelle incomplète. Curettage immédiat. Suites de couches normales. Evolution apyrétique.

Obs. XXIII. — H..., 23 ans. Accouchée et délivrée en ville le 2 Janvier 1921. Fœtus mort et macéré. L'examen de la délivrance montre un placenta dont la face utérine est morcelée. Rétention de chorion et de caduque. Curettage pratiqué le même jour à son arrivée dans le service, qui ramène de nombreux débris. Suites de couches normales.

Obs. XXIV. — X..., Femme accouchée en ville, fille vivante, pesant 1.620 grammes. Délivrance naturelle découronnée. Curettage ramenant des membranes. Suites de couches normales et apyrétiques.

Obs. XXV. — R..., 29 ans. Primipare. Le 23 Juillet 1920, cette femme arrive avec une présentation de l'épaule droite et un enfant mort. Embryotomie. Délivrance artificielle suivie d'un curettage immédiat ramenant des débris d'une caduque très épaisse. Suites de couches normales et apyrétiques.

Obs. XXVI. — D..., 17 ans. Primipare. Accouchée et délivrée chez elle le 2 Août 1920, au terme de 7 mois environ. A son arrivée, le même jour, dans le service, elle apporte un fœtus mort et macéré et un placenta incomplet. Curettage immédiat ramenant de nombreux débris. Suites de couches normales.

Obs. XXVII. — E..., 20 ans. Primipare. Le 18 Septembre 1920, Accouchement naturel et prématuré au terme de 7 mois. Enfant vivant de 1.850 grammes. Délivrance naturelle avec rétention totale de caduque. Curettage immédiat ramenant de nombreux débris. Suites de couches normales et apyrétiques.

Obs. XXVIII. — M..., Accouchement prématuré. Fœtus mort de 1.890 grammes. Délivrance naturelle incomplète suivie d'un curettage primitif ramenant de nombreux débris. Suites de couches normales et apyrétiques.

Obs. XXIX. — C..., 20 ans. Secondipare. Le 23 Janvier 1921, accouchement prématuré à 7 mois. Enfant mort et macéré. Délivrance naturelle avec rétention de caduque. Curettage immédiat ramenant de nombreux débris. Suites de couches normales. Evolution apyrétique.

Obs. XXX. — S..., 26 ans. Tertipare. Le 11 Janvier 1921, accouchement prématuré au terme de 7 mois environ. Garçon vivant de 1.950 grammes. Délivrance naturelle avec rétention de caduque. Curettage immédiat ramenant de nombreux débris. Suites de couches normales et apyrétiques.

Obs. XXXI. — R..., 29 ans. Secondipare. Le 13 Janvier 1921, accouchement prématuré. Fœtus mort et macéré de 1.040 grammes. Délivrance artificielle huit heures après l'accouchement pour enclâtonnement du placenta dans la corne gauche. Curettage complémentaire. Suites de couches normales et apyrétiques.

Obs. XXXII. — A..., 24 ans. Secondipare. Le 13 Janvier 1921, accouchement prématuré. Fœtus mort et macéré de 2.000 grammes : Délivrance normale incomplète. Curettage ramenant de nombreux débris membraneux et placentaires. Suites de couches normales et apyrétiques.

Obs. XXXIII. — S..., 38 ans. Sextipare. Le 13 Janvier 1921, accouchement prématuré au terme de 8 mois. Garçon mort et macéré. Délivrance naturelle incomplète. Curettage immédiat ramenant de nombreux débris. Suites de couches normales et apyrétiques.

Obs. XXXIV. — D..., 33 ans. Tertipare. Le 18 Janvier 1921, accouchement prématuré au terme de 6 mois 1/2. Garçon mort et macéré de 970 grammes. Délivrance naturelle avec rétention de membranes. Curettage immédiat ramenant de nombreux débris. Suites de couches normales et apyrétiques.

Obs. XXXV. — A..., 22 ans. Primipare. Le 20 Janvier 1921, accouchement prématuré. Garçon mort et macéré de 2.020 grammes. Délivrance naturelle incomplète. Curettage immédiat ramenant des débris. Suites de couches normales et apyrétiques.

Obs. XXXVI. — L..., 34 ans. Tertipare. Le 22 Janvier 1921, accouchement gémellaire prématuré au terme de 7 mois 1/2 environ. Fille et garçon vivants de 2.150 et 1.950 grammes. Délivrance natu-

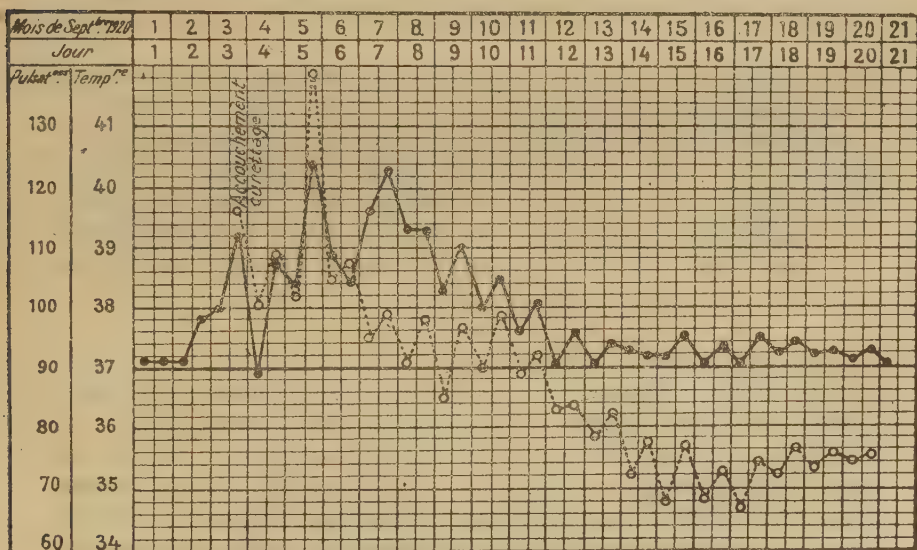
relle incomplète suivie d'un curettage immédiat ramenant de nombreux débris. Suites de couches normales et apyrétiques.

Obs. XXXVII. — M..., 26 ans. Primipare. Hydramnios. Végétations anales de nature syphilitique. Le 4 Février 1921, accouchement prématuré au terme de 7 mois. Fille morte et macérée. Délivrance naturelle avec rétention de caduque. Curettage immédiat ramenant des débris. Suites de couches normales et apyrétiques.

Obs. XXXVIII. — B..., 38 ans. Septipare. Le 23 Janvier 1921, accouchement prématuré à 6 mois 1/2. Garçon de 1.520 grammes. Délivrance naturelle avec rétention de membranes. Curettage immédiat ramenant de nombreux débris. Suites de couches normales et apyrétiques.

2° Curettages primitifs pratiqués alors qu'il y avait déjà infection au moment de l'accouchement.

Obs. XXXIX. — B..., 37 ans. Sextipare. Métrorragies continues du 20 au 31 Août 1920. La malade est près du terme. Tête mobile,



Observation XXXIX.

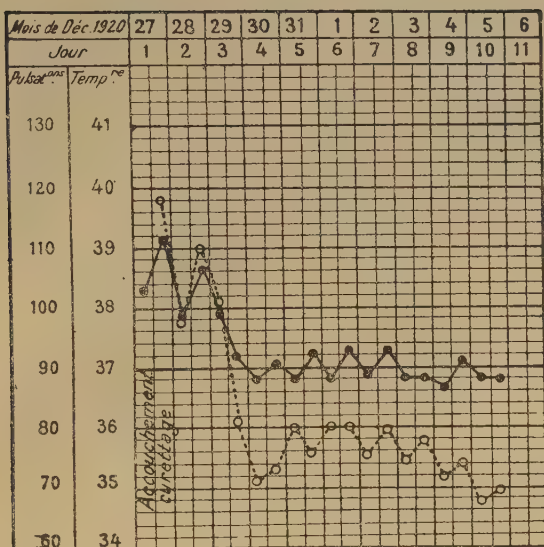
enfant vivant, col perméable. État général satisfaisant. La malade, mise en observation, présente un suintement sanguin intermittent.

Les membranes se rompent spontanément le 2 Août; la température est à 37°9; le 3 Août, elle monte à 39°2. Il n'y a pas encore de travail. Liquide teinté, l'enfant est encore vivant. Pose d'un ballon de Champetier de Ribes qui détermine des contractions. Le ballon est ensuite expulsé mais les bruits du cœur ne sont plus perçus. Application de forceps dans la partie haute de l'excavation. Fille mort-née de 4.000 grammes. Délivrance artificielle immédiat. Placenta marginal inséré en avant du col. A l'examen, on constate qu'il y a rétention de débris placentaires très adhérents au col. Curettage immédiat complémentaire ramenant ces débris. La température, dans les suites de couches, après s'être élevée le deuxième jour à 40°2, descend ensuite progressivement pour atteindre la normale le neuvième jour.

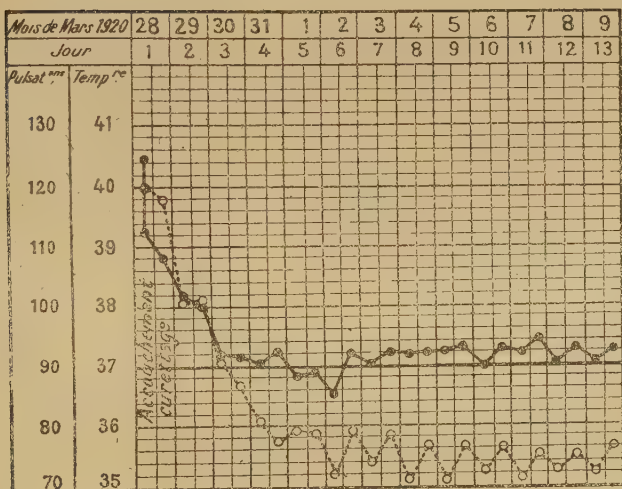
Obs. XL. — D..., 24 ans. Primipare. Le 27 Décembre 1920, accouchement prématuré. Présentation de l'épaule. Les bruits du cœur ont cessé pendant le travail. A dilatation complète, version par manœuvres internes. Extraction d'un garçon mort-né de 1.700 grammes. Délivrance artificielle immédiate suivie d'un nettoyage immédiat à la curette. Révision iodée. La température après l'accouchement est montée à 39°, le deuxième jour elle descendait à 38°6, et à partir du troisième jour, la malade n'a plus présenté de fièvre.

Obs. XLI. — C..., 38 ans. Quadripare. Le 28 Mars 1920, accouchement naturel au terme de 7 mois 1/2 environ. La malade est à 40° de température. Garçon vivant de 1.890 grammes. Délivrance naturelle avec rétention totale de la caduque. Les membranes étaient rompues depuis trois jours et le liquide amniotique était fétide et verdâtre. Curettage primitif ramenant de nombreux débris de caduque. Immédiatement après, la température descend très rapidement pour atteindre 37° le troisième jour.

Obs. XLII. — R..., 30 ans. Primipare. Femme amenée de ville le 2 Mai 1920, à dilatation complète avec une présentation du siège décomplétée mode des fesses et fixée au détroit supérieur. Plusieurs tentatives d'extraction ont été faites avant son arrivée à l'hôpital sans résultat. OEdème du vagin. Température, 38°3. Bruits du cœur non perçus. Abaissement d'un pied et extraction difficile d'une fille morte de 3.800 grammes. Délivrance artificielle. Rétention totale de la caduque. Curettage immédiat ramenant de nombreux débris. Quelques heures après l'intervention, la température s'élève à 40°, redescend à 37° le deuxième jour au matin, et remonte dès le soir à 39°7 pour évoluer ensuite entre 40° et 41° pendant dix jours. La malade

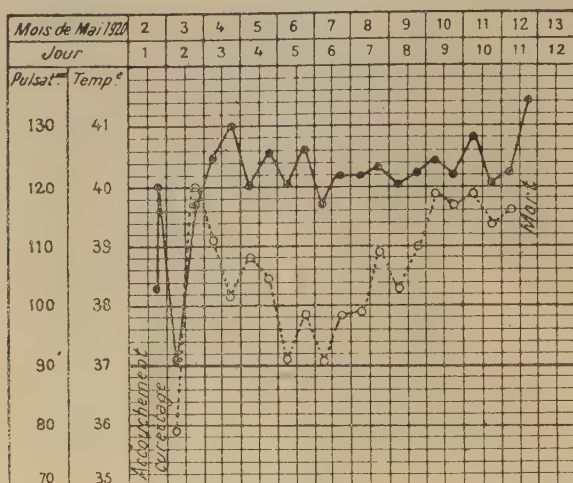


Observation XL.



Observation XLI.

présente en outre des symptômes pulmonaires de congestion avec multiples foyers de râles fins crépitants et sous-crépitaants. Malgré les enveloppements humides, les ventouses scarifiées, les injections d'élec-



Observation XLII.

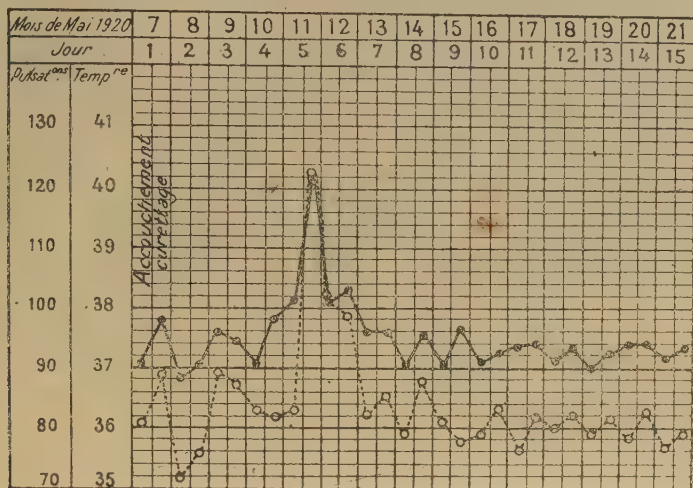
trargol, de spartéine et d'huile camphrée; la malade meurt le onzième jour.

Obs. XLIII. — D..., 30 ans. Primipare. Le 30 Juillet 1920, accouchement artificiel à terme après un travail long de trois jours. Membranes rompues depuis 24 heures. Forceps dans l'excavation sur sommet en O. I. D. P. Il s'écoule un liquide fétide et purée de méconium. Garçon mort-né exhalant une odeur fétide. Délivrance naturelle incomplète suivie d'un curetage primitif ramenant des membranes. La température qui, au moment de l'intervention était de 38°5, descend le lendemain à 37°, le pouls se ralentit progressivement et les suites de couches sont normales et apyriques.

3° Curettages primitifs suivis d'infection au cours de suites de couches.

Obs. XLIV. — L..., 28 ans. Primipare. Le 7 Mai 1920, accouchement prématuré à 7 mois 1/2. Gargon mort et macéré présentant un spina bifida. Délivrance naturelle spontanée 20 minutes après l'accouchement avec rétention totale de caduque. Curetage immédiat

ramenant de nombreux débris. Au cours des suites de couches, la malade présente le cinquième jour une élévation brusque de température à 40°1 et redescend très rapidement en deux jours sans qu'aucun traitement ne soit institué. Dans la suite, évolution apyrétique.

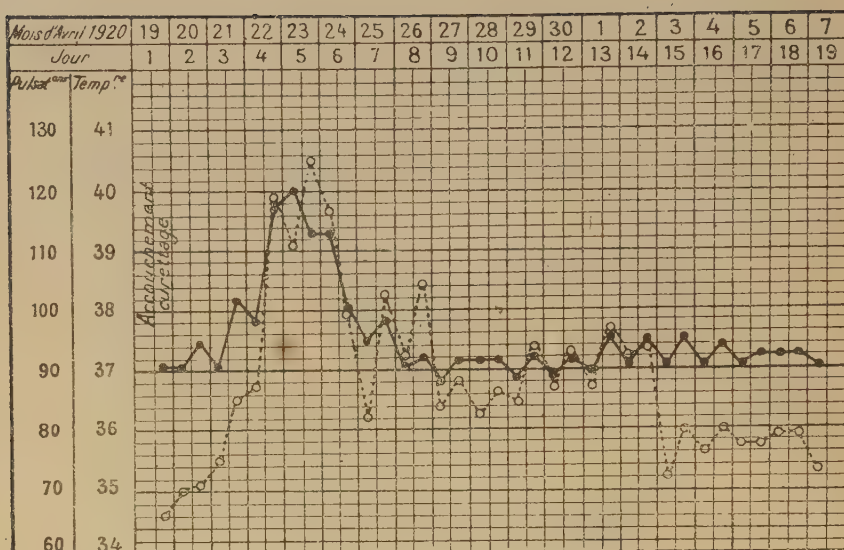


Observation XLIV.

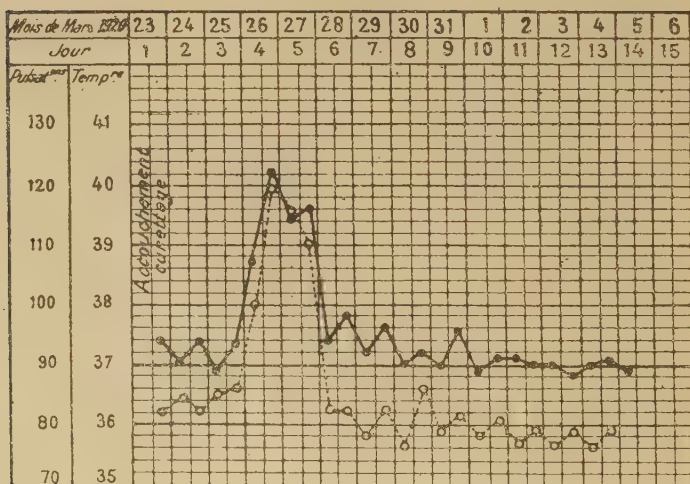
Obs. XLV. — B..., 26 ans. Primipare. Le 1^{er} Septembre 1920, accouchement naturel à terme. Gargon mort et macéré de 3.900 grammes. Délivrance naturelle avec rétention totale de caduque. Curetage immédiat ramenant de nombreux débris. Au cours des suites de couches, l'infection se déclare le cinquième jour et sans aucun traitement intra-utérin, la température descend progressivement en lysis pour redevenir normale au douzième jour.

Obs. XLVI. — B..., 31 ans. Primipare. Le 19 Avril 1920, accouchement naturel à terme. Gargon vivant de 2.010 grammes. Présentation du siège. Délivrance naturelle avec rétention importante de caduque. Curetage immédiat. Au troisième jour des suites de couches, l'infection se déclare, la température atteint 40° le cinquième jour et sans aucun traitement intra-utérin retombe à la normale le septième jour. Dans la suite évolution apyrétique.

Obs. XLVII. — J..., 28 ans. Primipare. Le 23 Mars 1920, accouchement naturel à terme. Sommet en O. I. G. A. Liquide purée de méconium. Fille vivante de 3.500 grammes. Délivrance naturelle



Observation XLVI.



Observation XLVII.

avec rétention importante de caduque. Curettage primitif. Au cours des suites de couches, l'infection se déclare le quatrième jour. Température à 40°, mais dès le sixième jour et sans aucun traitement, elle retombe à la normale et l'évolution devient apyrétique.

Obs. XLVIII. — P..., 30 ans. Primipare. Accouchement artificiel à terme, le 29 Août 1920. Femme amenée de chez elle après plusieurs jours de travail, présentant des exostoses multiples des membres inférieurs et supérieurs. Le 27 Août, dilatation de 2 francs stationnaire depuis 24 heures. Membranes rompues depuis quelques heures. Pose d'un ballon de Champetier de Ribes qui donne une dilatation de 5 francs; le 28 Août, pose d'un second ballon qui donne une dilatation de petite paume de main. Le 29 Août, le fœtus commence à souffrir. On décide de terminer rapidement l'accouchement. Sous anesthésie, on dilate le col, ce qui permet de sentir une exostose sur la branche ischio-pubienne droite. Trois tentatives d'application de forceps sans résultat. Les bruits du cœur ne sont bientôt plus perçus et on pratique une basiotripsie. Délivrance artificielle immédiate suivie d'un curettage primitif. Au huitième jour des suites de couches, température : 38°2; le dixième jour elle s'élève à 39°3, et après plusieurs oscillations, la malade devient apyrétique au quinzième jour. Les suites de couches furent longues et la malade présenta pendant longtemps des symptômes d'annexite.

Obs. XLIX. — D..., 29 ans. Primipare. Femme présentant un kyste de l'ovaire. Le 26 Janvier 1921, accouchement artificiel à terme. Rupture spontanée de la poche des eaux entraînant une procidence du cordon. Le fœtus souffre. Application de forceps sur sommet en O. I. G. T. Extraction d'une fille née en état de mort apparente et n'ayant pu être ranimée. Délivrance naturelle. Placenta découronné. Curettage immédiat ramenant les membranes et de nombreux débris. Au cinquième jour, une infection grave se déclare. La température présente de nombreuses oscillations pendant dix jours et la malade redevient brusquement apyrétique au seizième jour de ses couches.

L'examen de ces observations montre la fréquence des rétentions de caduque ou de membranes et des lésions de l'endomètre dans les accouchements prématurés et en cas d'enfant mort et macéré. Le curettage fait primitivement, dans ces cas, a toujours ramené de nombreux débris d'une caduque épaissie, infiltrée, dont la présence in utero n'eût constitué qu'un

obstacle à la restitution ad integrum de la muqueuse utérine et à l'involution parfaite de l'appareil génital. Peut-être même ces rétentions eussent été la cause d'infections graves que nous avons ainsi évitées. On pourra nous objecter que des accouchées peuvent présenter des suites de couches normales, sans phénomènes infectieux tout en éliminant dans leurs lochies les rétentions de membranes et de caduque sans le moindre incident. Il n'en est pas moins vrai que ces femmes courent de grands risques d'infection et nous croyons leur être utiles en nettoyant immédiatement leur cavité utérine par un curettage que nous pensons être inoffensif au moment où nous le pratiquons. Sur 49 interventions de curettages primitifs, nous avons observé des suites de couches normales dans 38 cas ; mais, cinq fois, nous avons fait ce curettage primitif, la malade présentant déjà des phénomènes infectieux au moment de l'accouchement. Dans un de ces cas (Obs. XLIII) la température tombait à 37° le lendemain même de l'accouchement ; dans deux autres (Obs. XL et XLI) la température était normale dès le troisième jour. Dans un autre (Obs. XXXIX), il s'agissait d'une infection amniotique, et à partir du quatrième jour, il y eut chute parallèle en lysis du pouls et de la température. Dans ces observations, le curettage primitif a eu sans contredit d'heureux effets. Dans le cas (Obs. XLII) qui se termina par la mort, la malade présentait une infection pleuro-pulmonaire avec foyers multiples ; aussi nous ne croyons pas devoir incriminer le curettage de la mort de cette malade.

Dans six cas, le curettage primitif a été suivi dans les suites de couches de symptômes infectieux ; examinons ces observations :

Dans l'Obs. XLIV il s'agissait d'un enfant mort et macéré depuis plusieurs jours, présentant un spina bifida. La délivrance ne se fit que 20 minutes après l'accouchement. Le cinquième jour au matin, la malade accuse 38°,1 au thermomètre ; le soir, la fièvre s'élève brusquement à 40°1 ; cependant l'état général est bon, l'utérus est bien contracté ; aussi le curettage ayant été fait primitivement, aucun traitement n'est

institué ; le lendemain, la température descend à 38°, et le surlendemain à 37°6. Les suites de couches furent ensuite entièrement apyrétiques.

Dans l'Obs. XLVII, il s'agissait d'une femme atteinte d'albuminurie. La délivrance s'accompagnant d'une importante rétention de caduque, le curettage est fait immédiatement. Le quatrième jour au matin, température 38°7, le soir 40°2. L'état général est bon, l'utérus est bien contracté, ni gros, ni douloureux. Aucun traitement n'est institué, et en 48 heures, la malade redevient apyrétique.

Même évolution dans l'Obs. XLVI. Curettée immédiatement pour rétention de caduque, la femme présente une ascension du pouls et de la température le troisième jour ; le thermomètre monte jusqu'à 40°, et en 48 heures, après deux injections d'électrargol, la malade devient apyrétique.

Il est à remarquer dans ces trois cas, combien la poussée infectieuse fut fugace ; elle disparut sans aucun traitement dans deux de ces cas, avec deux injections d'électrargol dans le troisième. On peut penser que si cette évolution fut ainsi très rapide, d'apparence bénigne, c'est qu'il ne restait dans la cavité utérine aucun élément favorisant la pullulation microbienne, c'est d'autre part que l'on n'avait plus à intervenir à un moment où toute manœuvre intra-utérine risquait d'être dangereuse.

Dans l'Obs. XLV (accouchement d'un enfant mort et macéré suivi d'un curettage primitif pour rétention de caduque), l'infection apparut au cinquième jour et la fièvre ne céda que plus lentement ; mais là encore la chute de la température se fit avec régularité, la malade n'étant traitée que par les injections d'électrargol et l'ergotine par voie buccale.

Dans l'observation XLVIII, l'infection fut plus lente à se déclarer et n'apparut qu'au huitième jour. Mais il faut remarquer que la femme fut amenée à l'hôpital après plusieurs jours de travail, la dilatation étant stationnaire, qu'elle subit ensuite de nombreuses manœuvres intra-utérines puisqu'après trois applications de forceps tentées sans résultat, une volumineuse exostose de la branche ischio-pubienne nécessita une basiotripsie.

Nous avons fait suivre la basiotripsie d'une délivrance artificielle complétée par un curettage immédiat. Or, toutes ces manœuvres n'ont pu que favoriser les chances d'inoculation et l'infection qui apparut dans la suite, assez tardivement, ne peut être attribuée à une rétention in utero ; elle fut d'ailleurs bénigne, puisqu'apparue seulement au huitième jour, la malade redevenait apyrétique au quatorzième jour.

Enfin, dans l'observation XLIX, il s'agissait d'une femme ayant un kyste de l'ovaire. Après l'accouchement, on fit un curettage primitif à la suite d'une rétention totale de membranes ; mais cependant une infection d'allure sévère se déclara le cinquième jour. Néanmoins, aucun traitement intra-utérin ne fut institué. La malade devenait apyrétique dix jours après ; elle est encore en traitement et en bonne voie de guérison.

Ces dernières observations ne semblent pas venir à l'appui du curettage primitif que nous préconisons. Cependant, si le curettage primitif n'empêche pas avec certitude l'infection puerpérale, du moins elle en supprime une des causes les plus fréquentes, la rétention in utero de débris ovulaires ou de fragments d'une muqueuse déjà malade. Nous restons partisans, à l'heure actuelle, de cette méthode ; car elle nous semble pouvoir éviter de nombreux cas d'infection, et si toutefois celle-ci venait à se produire, elle paraît alors beaucoup moins grave et moins longue et la guérison est plus facilement obtenue.

X

Quels sont maintenant les résultats du curettage pratiqué comme moyen thérapeutique lorsque l'infection est apparue? Ils sont tantôt satisfaisants, tantôt nuls, tantôt franchement mauvais. M. Jeannin (*in Pratique de l'Art des Accouchements*, de MM. Bar, Brindeau et Chambrelent) divise les cas en quatre groupes :

1° Ceux où la température fait une chute immédiate et définitive;

2° Ceux où la température descend en lysis.

Dans ces deux groupes, le résultat du curettage est favorable.

3° Ceux où la température continue à osciller.

On est alors en droit de mettre en doute l'utilité de l'intervention.

4° Ceux où la température continue à s'élever jusqu'à la mort.

On peut se demander si le curettage n'a pas été alors un facteur d'aggravation.

Il est très difficile de conclure et de se faire une ligne de conduite, car il est impossible de savoir ce que seraient devenus sans le curettage les cas des deux premiers groupes. Or, si le curettage a sans contredit amené rapidement des guérisons après évacuation de débris sphacelés, il est d'autre part certain que des malades sont mortes d'une infection utérine d'intensité moyenne mais rapidement aggravée et généralisée par un curettage. Nous rapportons les cas suivants que nous avons récemment observés :

Obs. L. — L..., Accouchement au terme de 8 mois 1/2 environ le 5 Mars 1920. Sommet en O. I. D. P. Fille vivante de 2.880 grammes.

Délivrance paraissant complète d'un placenta inséré bas. Température le soir de l'accouchement 38°2 ; elle s'élève progressivement, atteint 40°1 le troisième jour au soir ; on fait alors un curettage qui ne ramène que très peu de débris. La malade présente ensuite de nombreux frissons. La fièvre persiste et la malade meurt le huitième jour. L'autopsie ne révèle aucune lésion et la mort doit être imputée à une septicémie.

Obs. LI. — C..., 20 ans. Primipare. Le 18 Février 1920, accouchement naturel à terme. Sommet en O. I. G. A. Fille vivante de 2.900 grammes. Délivrance artificielle pour inertie utérine trois heures après l'accouchement. Le cinquième jour au matin, température 40°. On pratique alors un curettage qui ramène des débris placentaires sphacelés, mais l'infection ne cède pas, la température s'élève jusqu'à 41° et la malade meurt le onzième jour. L'autopsie montre la présence de pus dans la cavité péritonéale. La mort est due à une péritonite généralisée avec septicémie.

Obs. LII. — V..., 29 ans. Accouchement artificiel à terme sur sommet en O. I. G. A. pour modification des bruits du cœur de l'enfant. Fille vivante ranimée de 3.450 grammes. Délivrance naturelle. Les membranes sont dissociées mais paraissent complètes. Au troisième jour, la température s'élève à 38°2. On pratique alors un curettage qui ramène quelques débris, mais la température continue à s'élever progressivement jusqu'à 41° et la malade meurt le septième jour après avoir présenté des frissons intenses et des phénomènes infectieux graves, parmi lesquels il faut noter l'apparition d'un rash immédiatement après le curettage.

Ces observations montrent que le curettage comme moyen thérapeutique de l'infection puerpérale peut être suivi de très mauvais résultats. Dans le dernier cas que nous rapportons, l'apparition du rash survenant quelques heures après l'intervention, prouve le funeste résultat d'une absorption brusque des toxines au niveau de la surface cruentée déterminée par la curette.

XI

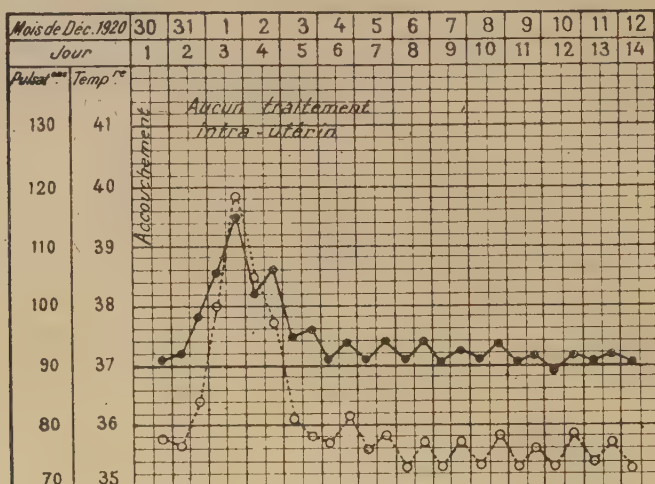
Un grand nombre de cas d'infection puerpérale évolue vers la guérison sans aucune thérapeutique intra-utérine. C'est un fait que la clinique a démontré et ce résultat peut être obtenu par un simple traitement médical : injections d'électrargol ou d'autres métaux colloïdaux, ergotine par voie hypodermique ou buccale, application de glace sur la région hypogastrique et injections d'huile camphrée, de spartéine et de caféine, afin d'aider l'organisme dans sa lutte contre l'infection. Le repos et toute abstention de manœuvres chirurgicales constituent dans tous ces cas un facteur de guérison. Il ne faut également pas négliger les injections de sérum anti-streptococcique qui peuvent rendre de grands services.

Parmi les cas que nous avons observés depuis plus d'un an, nous rapportons les quatre observations suivantes, observationstypes sur lesquelles sont copiées toutes les autres :

1° Chute rapide de la température.

Obs. LIII. — C...; 40 ans. Quintipare. Le 30 Décembre 1920, accouchement naturel à terme. Sommet en O. I. G. A. Fille vivante de 4.050 grammes. Délivrance naturelle et complète. Dans les suites de couches, la température s'élève au troisième jour à 38°5 le matin, à 39°5 le soir. La délivrance ayant été complète, on n'institue aucun traitement intra-utérin et on se contente d'appliquer un sac de glace sur l'abdomen et de donner 30 gouttes d'ergotine par jour. La tempé-

rature dès le lendemain atteint 38°5 et le surlendemain la malade devient apyrétique.



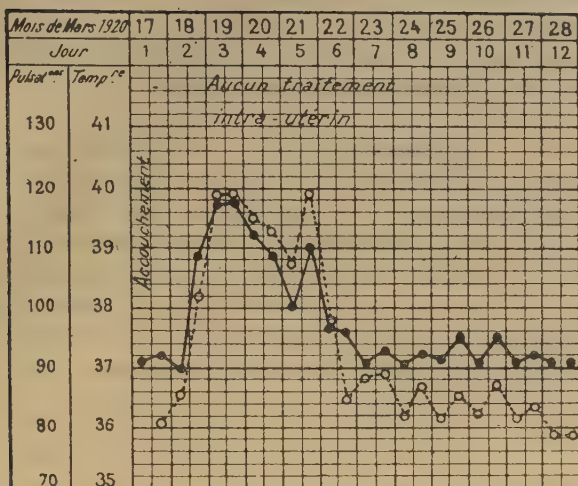
Observation LIII.

2° Chute progressive de la température.

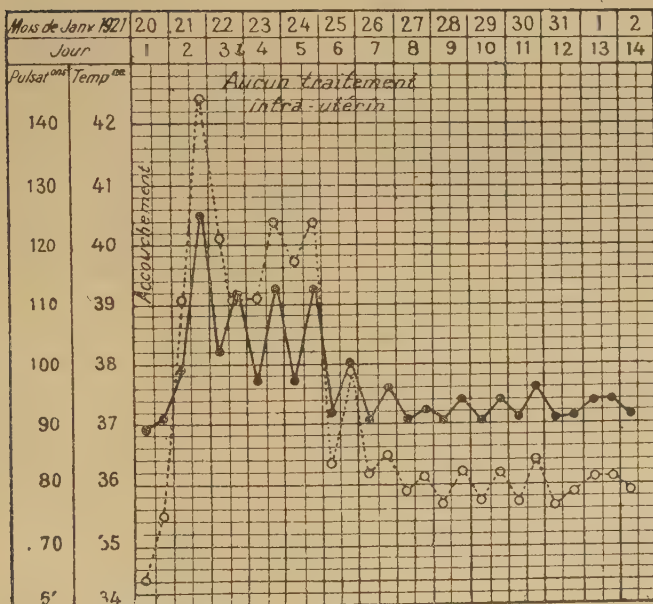
Obs. LIV. — M..., 23 ans. Primipare. Le 17 Mars 1920, accouchement artificiel à terme. Application de forceps sur sommet en droite transverse pour défaut de rotation et modification des bruits du cœur. Extraction d'une fille vivante de 2.950 grammes. Délivrance naturelle et complète. Dans les suites de couches, la température s'élève le deuxième jour au soir à 38°9, atteint 39°7 le troisième jour et sans aucun traitement intra-utérin (puisque la délivrance était complète) elle redescend progressivement pour atteindre la normale au septième jour.

3° Chute après plusieurs oscillations.

Obs. LV. — B..., 25 ans. Primipare. Le 20 Janvier 1921, accouchement artificiel à terme. Application de forceps au détroit inférieur sur sommet en O. P. pour modification des bruits du cœur. Délivrance naturelle et complète. Dans les suites de couches, la température s'élève au deuxième jour à 40°5, puis, et toujours sans aucun traitement, elle oscille pendant plusieurs jours, le thermomètre marquant 37°7 le matin et 39°3 le soir. La malade au septième jour devient apyrétique et évolue rapidement vers la guérison.



Observation LIV.



Observation LV.

4° *Un quatrième groupe* comprenant les cas d'infection sévère, où la température reste élevée pendant plusieurs jours et présente des variations avec chutes et réascensions plus ou moins fantaisistes, cas dans lesquels tout pronostic devient impossible.

Obs. LVI. — P... Secondipare. Le 15 Janvier 1921, accouchement naturel à terme. Sommet en O. I. G. A. Fille vivante de 3.350 grammes. Délivrance naturelle et complète. Dans les suites de couches, l'infection se déclare au troisième jour. La température s'élève à 39°2 et présente de multiples oscillations jusqu'au quatorzième jour. Cependant, aucun traitement intra-utérin ne fut institué puisque la délivrance avait été complète. Au quinzième jour, la malade devenait apyrétique et évoluait rapidement vers la guérison.

XII

CONCLUSIONS

Dans l'état actuel de la science obstétricale, la question du curettage au cours des suites de couches reste une des questions les plus délicates. Il semble sinon impossible, du moins très difficile de se tracer une ligne de conduite immuable; et chaque cas, pris en particulier, pourra commander l'abstention ou l'intervention.

Il faut tout d'abord diviser les suites de couches en deux catégories : celles de l'accouchement et celles de l'avortement.

Post abortum, le curettage est toujours indiqué, en cas de rétention de débris ovulaires, accompagnée ou non de symptôme infectieux.

Post partum, la question est plus complexe. Lorsque les phénomènes infectieux ont apparus, le curettage constitue une intervention très dangereuse par les inoculations nouvelles qu'il détermine toujours, par la résorption des toxines qu'il provoque, ainsi que le démontre la fréquence du grand frisson qui suit l'intervention; ses résultats sont souvent franchement mauvais. Et dans la très grande majorité des cas, l'abstention semble préférable. Tout au plus, le curettage pourra être pratiqué si on peut le faire tout au début de l'infection, dès la première élévation de température, et si on a acquis la certitude de la présence d'un corps étranger in utero.

Mais comme moyen prophylactique de l'infection puerpérale, le curettage pratiqué primitivement, immédiatement après l'accouchement ou dans les heures qui suivent, donnera d'heureux résultats.

Ce curettage primitif, pratiqué par des mains expérimentées

n'offre aucun inconvénient et n'est jamais suivi d'accident. Il a l'avantage de nettoyer l'utérus des débris que celui-ci contient et de supprimer ainsi les causes d'infection.

Son indication est la délivrance incomplète, avec rétention de débris placentaires, de membranes ou de caduque, rétentions si fréquentes dans les accouchements prématurés, dans les accouchements d'enfant mort et macéré, et surtout lorsque l'endomètre aura été malade au cours de la gestation. Il sera également le complément de la délivrance artificielle, lorsqu'on ne pourra affirmer qu'elle est complète.

Il est supérieur à toutes les autres interventions intra-utérines parce que d'une part il n'en offre pas les mêmes dangers et que d'autre part il est le seul capable de fournir un nettoyage aussi parfait que possible.

Enfin il présente encore l'avantage suivant : si, malgré lui, l'infection vient à se déclarer, l'accoucheur a la certitude qu'il n'y a rien à enlever dans la cavité utérine ; il n'a plus à se poser la question de savoir s'il doit curetter ou non, opération qui dans ce cas est toujours dangereuse. *On n'a plus à venir troubler alors le repos de l'organisme qui constitue un grand facteur de guérison.* Ces cas d'infection, survenus après curettage primitif, sont d'ailleurs exceptionnels et guérissent le plus souvent très rapidement.

En un mot, **il ne faut jamais quitter une femme qui vient d'accoucher avec le soupçon de laisser quelque chose dans son utérus, car dès que la cicatrisation de la plaie utérine est commencée, dès que le contenu des sinus est coagulé, il vaudrait mieux ne plus y toucher ; c'est là, le résumé et le but de ce travail.**

Vu : le Président,
M. COUVELAIRE

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Traité Classiques.

- Bar, Brindeau et Chambrelent. — *La pratique de l'art des accouchements.*
Budin et Demelin. — *Manuel pratique d'accouchements et d'allaitement.*
Dubrisay et Jeannin. — *Précis d'accouchement.*
Labadie-Lagrave et Legueu. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie.*
Pozzi. — *Traité de gynécologie.*
Ribemont-Dessaignes et Lepage. — *Précis d'obstétrique.*
Rudaux, Grosse et Le Lorier. — *Clinique et thérapeutique obstétricale du praticien.*
-

- Bonnetblanc. — Les indications du curettage. *Thèse Paris, 1896.*
Bruneau. — Indications du curettage de l'utérus dans l'infection puerpérale. *Thèse Paris, 1894.*
Charrier. — Du curettage précoce dans l'infection puerpérale envisagé comme moyen thérapeutique et prophylactique. *Archives générales de médecine, Paris, 1891.*
Clément. — Essai sur le traitement intra-utérin de l'infection puerpérale. *Thèse Paris, 1907.*
Debled. — Contribution à l'étude du curettage de l'utérus. *Thèse Paris, 1894.*
De Lee. — *Principles and practice of obstetrics.*
— Puerperal infection. *Chicago medical recorder, 1916.*
Demelin. — Discussion sur le curettage dans l'infection puerpérale. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 1906.*
Denis. — Quelques considérations sur le curettage précoce dans l'infection puerpérale. *Thèse Paris, 1894.*
Furtin. — Indications du curettage en obstétrique et en gynécologie. *Thèse Paris, 1904.*
Mme Gaches-Sarraute. — Du nettoyage de l'utérus immédiatement après la délivrance. Association française pour l'avancement des sciences. *Comptes rendus du Congrès de Marseille, 1891, Paris 1892.*
Marmasse. — Du curettage dans les accidents des suites de couches. *Thèse Paris, 1893.*

- Nyulasy.** — Puerperal infection; its relation to polypoid decidual endometritis.
Medical Journal of Australia, 1919.
- Pasturaud.** — Le curettage à la Clinique Baudelocque (1890-1905). Nombre, indications, résultats. *Thèse Paris*, 1905.
- Pinard.** — Des interventions intra-utérines pendant les suites de couches.
Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie, 1905.
— Traitement des infections puerpérales. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1909.
- Pinard et Wallich.** — *Traitement de l'infection puerpérale.*
- Rasis.** — Indications du curettage dans les accidents fébriles post partum.
Thèse Paris, 1906.
- Riou.** — Les divers traitements de l'infection puerpérale et le curettage digital.
Thèse Paris, 1902.
- Vignes.** — La thérapeutique intra-utérine de l'infection utérine post partum.
Gynécologie et obstétrique, 1920.
— *Comptes-rendus de la Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*, 1905, 1906 et 1920.

Coulommiers — Imprimerie ERNEST DESSAINT. — 4-21.

